

# 私の “専門医”への道のり

日本歯周病学会 ②

## 大学病院と開業医の下 で研修後のチャレンジ

きりのあきのり  
桐野晃教

きりの歯科クリニック

〒776-0020 徳島県吉野川市鴨島町西麻植字広畑88-1

■企画主旨：臨床に関する知識と技術の向上を図るには、学会が認定する専門医資格に挑戦することも有効な手段の1つです。本企画では、実際に専門医資格を取得された先生方にそのときのご経験を紹介していただきますが、専門医をめざし、臨床のステップアップを志す先生方の励みとしていただければ幸いです。 〈編集部〉

### I なぜ、歯周病専門医をめざしたか

大学卒業後、“どのような歯科医師になりたいか”と悩んでいたとき、自分の中には“患者さんに一生自分の歯で食事をする喜びを感じてもらいたい”という思いがありました。そのため、できるだけ歯を抜かずに保存をしていく技術を身につけたいという考えから、卒後の進路を母校の徳島大学歯学部歯科保存学第二講座（現在はヘルスパイオサイエンス研究部歯周歯内治療学分野）に決めました。

従来大学のシステムでは、抜歯は口腔外科、補綴は補綴科と細分化されていましたが、入局当初から歯周病専門医資格の取得を念頭におき、担当した患者さんは初診からメンテナンスまですべて自分で診ていくように心がけていました。また、永田俊彦教授による指導の下で臨床研究も行い、大学ならではの手法で専門性を高めることができました。

当時、諸事情により2年ほどで地元・徳島の開業歯科医院に勤務することとなりましたが、その間も週2日は大学に研修登録医として通い続け、患者さんを担当させてもらいました。開業歯科医院に勤務してみると、それまで知らなかった歯科の世界に驚かされることが多く、全国にはさまざまな分野で活躍される先生方がいることを知りました。

そんな中、私が興味をもつ歯周治療に精力的に取り組まれている長野の谷口威夫先生と出会うこととなりました。先生の講演を初めて拝聴したときには鳥肌が立ち、“私のめざしている歯科医療がここにある”と感じたものです。

開業歯科医院に勤務しながら大学の研修登録医と

#### 著者のプロフィール：

- 平成10年 徳島大学歯学部卒業
- 平成12年 同歯科保存学第二講座研修登録医
- 平成15年 谷口歯科医院勤務
- 平成17年 歯周病専門医資格を取得
- 平成18年 きりの歯科クリニック開業

**症例** 患者：59歳，女性．初診日：2003年9月2日．主訴：5|が欠けて痛い．口腔内全体の治療を希望．

現病歴：4日前，5|が欠けてひどく痛み出した．その後，バファリン®を毎日服用していた．

全身既往歴：高血圧（152/102mmHg）．通院は必要ないと言われ，自宅療養中．

リスクファクター：プラークコントロールの不良，歯石の付着，不適合修復物，咬合性外傷（ブラキシズム）．

診断：炎症と咬合性外傷による共同破壊型の中等度慢性（成人性）歯周炎（図1・図2）．



図1-a～e 初診時の口腔内写真（2003年9月8日）．

して3年を過ごした頃，転職が訪れました．県外で歯科医療の修業をしたいと考えて求職活動をしていたとき，たまたま谷口先生の医院が勤務医を募集していたのです．私は迷わず谷口先生に連絡をとり，先生も快く受けてくださいました．卒業して5年，ここから私の歯科医師としての礎，また歯周病専門医へのさらなる挑戦が始まりました．

大学独特の歯周病治療の専門性を学んで5年，開業医として地域の患者一人ひとりと向き合いながらトータルでの歯周病治療を学んで3年，ようやく私も歯周病専門医の試験を受ける資格を得ることができました．

## II 試験準備および実際に試験に臨んで

試験に際しては，歯周治療の症例を10症例（うち8症例は歯周外科処置を含む）提示するのですが，初診・再評価・メンテナンス時の歯周精密検査，

口腔内写真，エックス線写真（10枚法以上）の添付は必須であるため，医局に入局して初めて患者さんを担当したときから資料を確実に採ることを意識してきました．しかし，それでも口腔内写真がピンボケであったり，エックス線写真が適切に撮れておらずに症例として提出できないものもありました．

また，歯周治療は長期間にわたるため患者さんのモチベーションを維持することが難しく，メンテナンスで中断してしまう方も少なくありませんでした．私の場合，研修施設が2つにまたがっていましたが，10症例を提出できるようになるまで約8年かかりました．

10症例のうち1症例を用いてケースプレゼンテーションを行うため，パソコンでまとめた後，当時はスライドによるプレゼンテーションであったことから左右2枚並んだスライドに焼き直しました．実際の試験では，2枚のスライドを適切に使い分けてわかりやすく伝えられるよう構成しました．



図 1-f ~ m 初診時の口腔内写真.

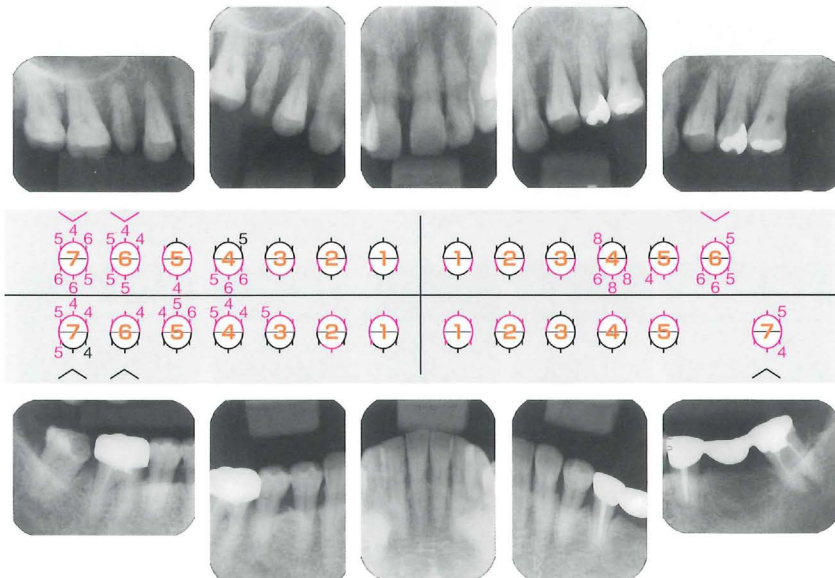


図 2 初診時のエックス線写真および歯周組織検査の結果 (プロービング・デプスが 3 mm 以下で出血のない部位は省略).

### Ⅲ 症例提示

本稿では、口頭試問を受けるためにプレゼンテーションした症例を提示します。症例の概要は前頁に示すとおりです。

#### <初診時の治療計画>

##### ■歯周基本治療

モチベーション、口腔清掃指導、食生活指導、スケーリング・ルートプレーニング、不適合修復物の除去、自然挺出、咬合調整、ブラキシズムに対する自己暗示療法。

##### ■再評価



図3 再評価時の口腔内写真（2003年12月25日）。

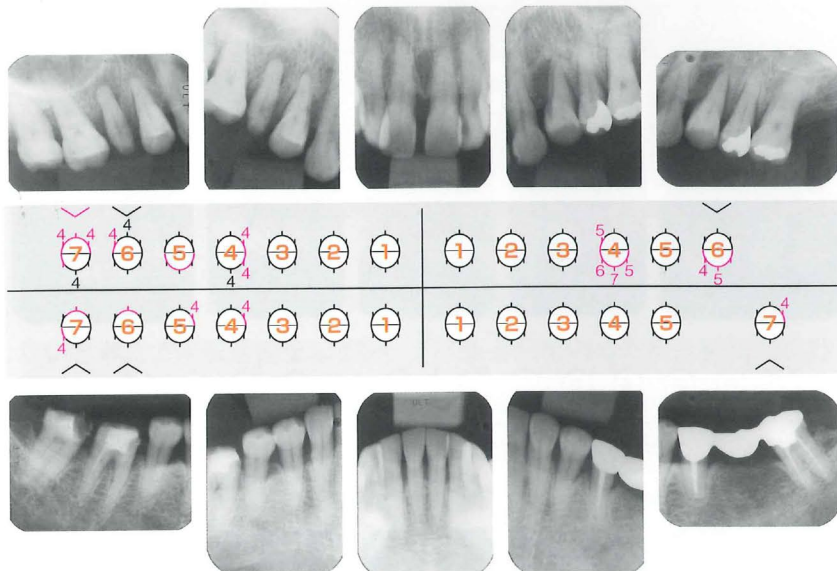


図4 再評価時のエックス線写真および歯周組織検査の結果（プロービング・デプスが3mm以下で出血のない部位は省略）。

### 治療経過 1

2003年9～12月：歯周基本治療として口腔内清掃指導，スケーリング， $\overline{6}$ の不適合修復物の除去， $\underline{4}$ の自然挺出，咬合調整，ルートプレーニングを行い，さらにブラキシズムに対し自己暗示療法を実施した。

12月25日：再評価（図3・図4）の結果から，治療計画を修正した。

#### <修正した治療計画>

■再ルートプレーニング

7	6	4	6
7	5	4	7

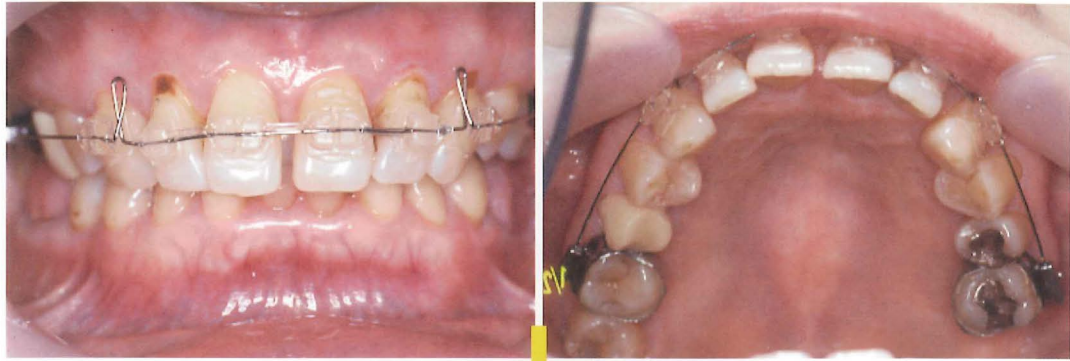
■上顎前歯部の MTM（歯間離開と歯軸の改善）

■臼歯部テンポラリークラウンによる咬合挙上

■ $\underline{4}$ の歯周外科処置（歯肉剝離搔爬術）

■ $\underline{5}$ の感染根管治療

■再評価



術前

4カ月後

図5 上顎前歯部のMTM.



図6 ④に歯肉剝離搔爬術を行った.

## 治療経過 2

2004年1月：⑤の感染根管治療，再ルートプレーニング，白歯部テンポラリークラウンによる咬合挙上を行う。

2～6月：上顎前歯部のMTM（歯間離開と歯軸の改善，図5）。

7月27日：④の歯周外科処置（歯肉剝離搔爬術，図6）。

9月22日：再評価。

9～11月：⑤，⑥にハイブリッドレジックラウン，⑦にハイブリッドレジックインレー，⑤⑥⑦にハイブリッドレジックブリッジの装着といった補綴治療を行う。

12月27日：メンテナンスに移行（図7・図8）。

メンテナンス時の注意点

患者さんには歯肉を鍛えるブラッシング（歯間



図7 メインテナンス移行時の口腔内写真 (2004年12月27日).

挿入振動法)を継続してもらう。

また、咬合性外傷およびブラキシズムへの対応としては、咬合をチェックして必要であれば咬合調整を行い、補綴物や歯の咬合面ファセットの変化、動揺度、プロービング・デプスからブラキシズムがあると判断したら自己暗示療法を強化し、必要であればスプリント療法を行う。

#### 症例のまとめ

患者のブラッシングのテクニックが向上するとともに歯肉にも変化が現れ、口腔内への関心も高まり、炎症のコントロールがなされているように思われる。プロービング・デプスが深かった4について、炎症性だけでなく、咬合性(外傷性)の因子も複合的に認められたため、改善が困難だったもの

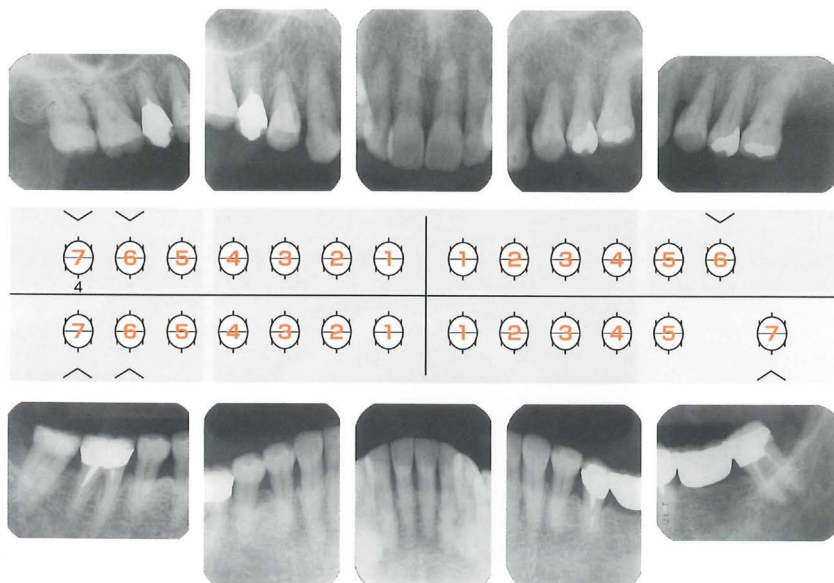


図8 メインテナンス移行時のエックス線写真および歯周組織検査の結果。プロービング・デプスはすべて3mm以下で、出血は認められない。

と考えられる。

今後、メインテナンスを行っていくにあたり、炎症のコントロールの継続もさることながら、咬合性外傷およびブラキシズムへの対応が鍵となってくると考えられる。咬合のチェック、プロービング・デプス、動揺度、骨の状態のほか、補綴物および咬合、ファセットなども細かくチェックしながらメインテナンスを続けていきたいと思う。

#### IV 口頭試問の内容など、試験の傾向

口頭試問の内容ですが、筆者の場合、①咬合性外傷に対する対応、②咬合挙上について、③歯肉を鍛えるプラークコントロールとは、④主訴に対する対応が遅かったのでは、などでした。

①に対しては、フレミタスや咬合紙等で外傷のある歯の咬合調整を行い、併せてブラキシズムに対しては自己暗示療法によって過剰な力のコントロールを行いました。②の咬合挙上ですが、今回補綴予定の歯のみをテンポラリーに置き換えて挙上したため、試験委員の先生方から「咬合平面のずれや顎関

節等に対する対応が不十分ではないか」とのご指摘を受け、対応法をご教示いただき、大変勉強になりました。③に対しては、歯間挿入振動法（チャーターズ変法）によって歯間乳頭を下げることなく歯肉を引き締めていくように患者に指導しました。そして④については、できるだけ⑤の歯髓の保存を試みたものの残念ながら失活してしまいました。「症状を確実に経過観察しながら感染根管になる前に対応すべきではないか」とご指摘を受けました。

このように口頭試問では、「的確な診断ができているか」から始まり、全体的な治療計画はもちろんのこと、細部の処置1つ1つにまで質問が及びました。改めて歯周治療のトータルな考え方、治療段階ごとに再評価を行い治療効果を判断し、予知性を見極めて治療計画に反映させていくことの大切さを考えさせられました。

#### V 専門医としての今後の抱負

歯周病専門医として当たり前のことですが、日々の臨床の中で患者さんと向き合いながら研鑽を積ん



図9 歯周治療終了6カ月後の口腔内写真(2005年3月24日)。その後もリコールに応じて来院され、良好な状態を保っている。

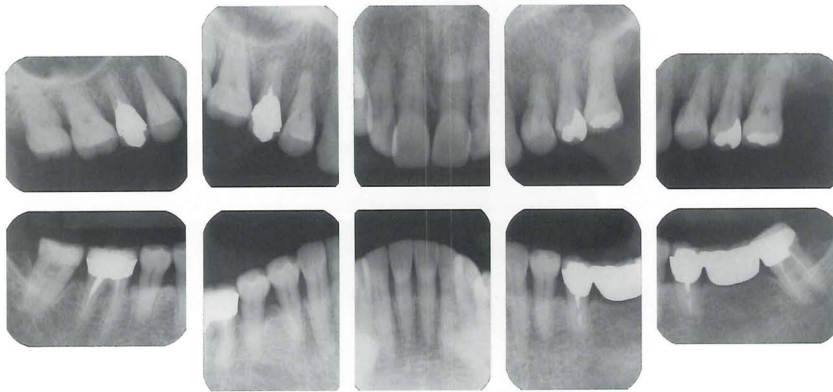


図10 歯周治療終了6カ月後のエックス線写真。



図11 当院のスタッフと、共にチーム医療をめざしている。

でいくことはもちろん、学会やスタディーグループを通して数多くの先生方と議論を繰り返し、最新の情報にもアンテナを張って、より質の高い治療を患者さんに提供していきたいと考えています。

しかし、歯周治療はチームプレーです。歯科医師だけで歯周病は治せません。医院の中で受付や歯科助手、歯科衛生士それぞれがそれぞれの責任を果たし、チームとして機能しないと本当の意味での“患者さんに満足してもらえぬ歯科医療”は実践できないと考えています。その中でも特に、歯周治療の大筋を担う歯科衛生士には活躍の場を与え、仕事にやりがいを感じてもらうことが必要でしょう。そのためには、日本歯周病学会の認定歯科衛生士の資格を取得しやすい環境を整えるなど、目標をもった歯科衛生士を育てていくことも専門医としての責務の一つであると考えています。